COMENTARIO DE LIBROS
Libro: "Soltando amarras: claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina"

Autora Beatriz Morrone º, con prólogo de José Siles González. Ediciones Suárez, Argentina 2011. Páginas, 204. ISBN 978 987-1732-46-3.

En el libro se ponen en debate y tensión tramos de la historia de la Enfermería Argentina atravesada por cuestiones de género, colonización, procesos de medicalización, religión, luchas de clase, ocupación e instituciones de formación de mujeres, tensiones y cambios en el mundo del trabajo, memoria histórica, dictaduras y derechos humanos. En suma, un trayecto donde confrontaron intereses corporativos por la hegemonía y el control económico y simbólico del país.

Se analiza en la Enfermería Argentina el proceso de profesionalización, el tránsito en la etapa fundacional de la mano de las feministas y sus luchas, que incluyó a varones y mujeres y sufrió tempranamente la feminización, a partir de la supremacía de los intereses de la Sociedad de Beneficencia, tanto en sus escuelas como en las instituciones en las que eran contratados enfermeros.

Se rescata parte de la memoria histórica, patrimonio intangible en vías de extinción, reconstruyendo ésta mediante el recurso de la historia social y cultural. Constituye esta publicación un material de gran valor por ausencia de investigaciones que avancen en estos ejes. Construye puentes para entender cómo y por qué este colectivo invisibiliza la participación política partidaria de sus integrantes, la militancia y la resistencia en los gobiernos dictatoriales, sus desaparecidos, la participación y secuelas de la guerra de Malvinas, la lucha por el poder - tanto en el ejercicio como en la formación disfrazando sus errores en la debilidad que dicen padecer por las decisiones de "otros".

Este libro suelta las amarras del relato ingenuo que planteaba una mirada "aséptica" de la historia de la profesión en Argentina, sin anclaje ideológico y clausurando toda duda. Propone empezar a navegar entendiendo que ninguna disciplina debe renunciar a su historia y menos aun dejar de revisar los momentos críticos, en donde concurren episodios oscuros y etapas revolucionarias y desafiantes.

Se seleccionaron cinco momentos, esto no significa que sean más importantes que el período que se excluye, pero en la presente elección el hilo conductor es la colonización intelectual, las tensiones que operaron favoreciendo la subordinación, la negación de las acciones emancipadoras por parte de integrantes de la profesión y la invisibilización de todo aquello que pone en riesgo reconocerse en tanto trabajadores con historia, con héroes y mártires, con luchas, contradicciones, errores y aciertos, en fin, repensar una y otra vez hasta soltar amarras, navegar interpretando el presente en las huellas del pasado.

Los capítulos abordan "La colonización y la atención de la salud: ¿encuentro de culturas?"; "La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: la enfermería en la gestión Carrillo"; "La militancia política de los enfermeros: resistencia y lucha en la segunda mitad del siglo XX", "La actuación de los enfermeros argentinos en la guerra del siglo XX"; "Invisibilización de la hegemonía en la formación y el control del ejercicio" y un apartado final: "Abrir la cuestión: ¿Débiles? Sofismas y subalternidad".

---

o Licenciada en Enfermería. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Doctora en Comunicación, FP y CS/UNLP. Profesora Titular Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud Codirectora del Grupo de Investigación Promoción de la Salud. Coordinadora de la Cátedra Abierta Salud Colectiva CASC. Universidad Nacional de Mar del Plata. Miembro del Comité Asesor del Observatorio de Comunicación y Salud UNLP. Miembro de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Ex - Presidente de la Federación Argentina de Enfermería, integró durante ese período la Presidencia del Consejo Regional de Enfermería de MERCOSUR/CREM Ex-Secretaria de Investigación y Posgrado de la UNMdP. Ex–Enfermera Jefe de la Unidad de Cuidados Especiales Perinatales HIEMI Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Sus trabajos se centran prioritariamente en la Evaluación de la Calidad de Atención desde la Humanización de los Cuidados, monitoreo de la construcción de ciudadanía en escenarios sanitarios, Comunicación y Salud e Historia de la Enfermería. bmorrone@infovia.com.ar

COMENTARIOS DE ARTÍCULOS: Resultados en neurodesarrollo de niños que requirieron reanimación en países en desarrollo

Carlo W, Goudar S, Pasha O, Chomba E, McClure E, Biasini F, Wallander J,Thorsten V, et al. J Pediatr 2012;160:781-85. Neurodevelopmental outcomes in infant requiring resuscitation in developing countries.
Comentario: Prof. Lic. Rose Mari Soria °

RESUMEN

Objetivo: determinar si la reanimación de los niños que no tuvieron una respiración efectiva al nacer, aumenta la cantidad de sobrevivientes con trastornos del neurodesarrollo.

Diseño del estudio: los niños que no respondieron a la estimulación, ventilados con bolsa y máscara al nacer, dentro de un estudio sobre reanimación, y niños que no requirieron ningún tipo de reanimación, fueron aleatorizados a recibir una intervención para el neurodesarrollo o formar un grupo control.

Los niños fueron examinados por evaluadores del neurodesarrollo capacitados, que no conocían sus antecedentes de reanimación ni de intervención. Se presentan los datos a los 12 meses sobre el neurodesarrollo de los niños del grupo control, tanto de los niños reanimados como no reanimados.

Resultados: no hubo evidencias de diferencia entre los niños reanimados (n: 86) y los no reanimados (n: 115) en el porcentaje de niños con Índice de Desarrollo Mental ‹85 en la Escala de Bayley del Desarrollo Infantil-II (resultado principal; 18% vs. 12%; p: 0,22) ni en otros resultados del neurodesarrollo.

Connclusiones: la mayoría de los niños reanimados con bolsa y máscara al nacer, tuvieron a los 12 meses, resultados de neurodesarrollo dentro del rango de referencia.

Se require un seguimiento a más largo plazo dado el riesgo aumentado de trastornos del neurodesarrollo.

COMENTARIO

El presente artículo se propone explorar la hipótesis que los niños que fueron ventilados con bolsa y máscara al nacer y no presentaron encefalopatía grave durante el período neonatal, tienen un riesgo de bajo índice de desarrollo mental (MDI) al año de vida, similar al de los niños que no han requerido reanimación. Se considera bajo desarrollo mental a un índice menor a 85 en la Escala de Bayley para el Desarrollo Infantil (BSID).

El objetivo es entonces determinar si los recién nacidos reanimados al nacer por falta de respiración efectiva sobreviven con incremento de trastornos del neurodesarrollo.

La temática es de alto interés para el equipo de salud neonatal, teniendo en cuenta que del total de los recién nacidos, el 10% necesita algún tipo de ayuda al inicio de la transición a la vida extrauterina.

Los autores realizaron una investigación, con el diseño de un ensayo clínico aleatorizado, con seguimiento del neurodesarrollo durante el primer año de vida en un subgrupo de niños pertenecientes a tres países en desarrollo (India, Zambia y Pakistán), que fueron reanimados al nacer con bolsa y máscara, en el marco del estudio First Breath Trial.

El estudio First Breath Trial fue un ensayo controlado multicéntrico en el cual se registraron los resultados de la implementación de un programa de entrenamiento de la OMS para agentes sanitarios que asisten partos (Essencial Newborn Care Course) sobre cuidados esenciales al recién nacido. Este programa incluyó ventilación con bolsa y máscara con aire ambiente.

Se compararon dos grupos de una población de 540 niños seleccionados entre noviembre de 2006 y el mismo mes de 2008. De ellos 438 cumplieron los criterios de elegibilidad y hubo 405 de los cuales se obtuvo consentimiento informado de los padres. De los 405, un grupo de 164 niños recibió reanimación (grupo 1) y otro grupo de 241 niños, no la requirió (grupo 2); en ambos grupos se asignó aleatoriamente una intervención para el desarrollo y un grupo control, de manera que tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 hubo niños que recibieron una intervención y otros que no (estos son los controles).

En el grupo 1 (n= 164) recibieron intervención para el desarrollo 78 niños, de los cuales 73 permanecieron en el estudio y 86 fueron el grupo control, de estos últimos 81 completaron el seguimiento al primer año de vida.

En el grupo 2 (n=241) recibieron intervención para el desarrollo 126 niños, de los cuales 112 permanecieron en el estudio y 115 fueron el grupo control, de estos últimos 107 completaron el seguimiento al primer año de vida.

La intervención para el desarrollo consistió en aplicar un instrumento de evaluación (BSID) de neurodesarrollo administrada a niños y padres, en visitas domiciliarias, por pediatras y psicólogos que recibieron entrenamiento específico para ello.

Cabe destacar, que los evaluadores estaban familiarizados con el lenguaje de la comunidad y el instrumento original de evaluación fue modificado (BSID-II) de acuerdo a las pautas culturales de la comunidad en que se implementó para favorecer la comprensión y la identificación de las imágenes por parte de los niños y familias incluidas en el estudio. Esto sin duda constituye una fortaleza del trabajo en terreno diseñado por los investigadores.

° Coordinadora del área de Enfermería FUNDASAMIN. Correo electrónico: rmsoria@fundasamin.org

Se desprenden de la lectura crítica del artículo, dos cuestiones importantes que contribuyen a la validez del estudio: una es la forma de selección de la población, directamente relacionada al diseño del estudio y la segunda es la escasa pérdida de pacientes enrolados, cuestión estrechamente vinculada a la estrategia de seguimiento.

Los resultados que se han comunicado en este estudio son de los niños que pertenecen a los grupos controles, que completaron el año de seguimiento. De los niños que recibieron intervención para el desarrollo (de ambos grupos) los investigadores reservaron la comunicación de los resultados hasta que cumplan tres años de seguimiento.

Se registró una adherencia a las visitas domiciliarias del 99 al 100% en los controles de ambos grupos; las características materno-infantiles son comparables en ambos grupos excepto los neonatos reanimados con bajo puntaje de Apgar y examen neurológico no satisfactorio a los siete días de vida.

El resultado primario fue el porcentaje de niños con trastorno moderado a grave del desarrollo cognitivo (MDI ‹85) según BSID-II que se evaluó en el 18% de los reanimados y en el 12% de los no reanimados.

Otros de los resultados del estudio muestran que los rangos de discapacidad moderada y grave no difirieron entre los grupos de los niños reanimados y los no reanimados y al año de vida ambos grupos tienen valores comparables de peso, talla y perímetro cefálico.

Los autores plantean que los niños nacidos en países en desarrollo, que han sobrevivido luego de reanimación con bolsa y máscara, tienen un 82% de posibilidades de tener un índice de desarrollo mental normal (MDI›85%) y un 84% de posibilidades de no tener discapacidad grave al año de vida.

Si bien el estudio tiene una limitación que los autores presentan con claridad en la discusión, como es el caso de la exclusión de los neonatos con diagnóstico de encefalopatía grave a la semana de vida, solamente 3 de los 540 seleccionados inicialmente fueron excluídos por examen neurológico consistente con encefalopatía grave.

Otra limitación es el seguimiento hasta el año de vida cuando los indicadores de neurodesarrollo son menos predictivos a largo plazo que resultados de evaluaciones posteriores. En virtud de las limitaciones los investigadores postulan la necesidad de estudios con seguimiento a largo plazo dado que en el tiempo se incrementa el riesgo de discapacidades en el desarrollo.

Un dato interesante es que el 50% de los niños incluidos en el estudio nacieron en el domicilio.Una de las causas de muerte temprana durante la primera semana de vida es la encefalopatía grave como consecuencia de la asfixia en nacimientos domiciliarios. Como el estudio enrola pacientes que tienen más de una semana de vida, recordemos que debían tener examen neurológico a la semana, es muy alentador observar en este estudio la baja incidencia de mortalidad y discapacidad.

Se concluye entonces que la muerte o discapacidad grave ocurre en ‹10% de los niños nacidos en comunidades de países en desarrollo que sobreviven luego de reanimación con bolsa y máscara, y la mayoría de los niños alcanza el año de vida con resultados dentro de los rangos de referencia.

Tal cual se mencionó al principio del comentario, la temática es relevante a la especialidad, lleva a la reflexión acerca de las prácticas habituales en la recepción de los recién nacidos, los pasos iniciales en la transición y la reanimación.

Una intervención sencilla, pero crucial, como es la ventilación con bolsa y máscara resulta una medida costo efectiva, que muestra resultados en los recién nacidos que la requieren, hasta el punto de ser comparables con los que no requieren reanimación. Disminuir la discapacicidad es un punto neurálgico para nuestra realidad dado que aún hay escasos recursos dedicados a la rehabilitación y la accesibilidad a los mismos por parte de quienes lo necesitan, no siempre está garantizada.

Es oportuno recordar y revalorizar la ventilación con bolsa y máscara como la columna vertebral de la reanimación, tomar conciencia que la formación en RCP neonatal es un requisito indispensable para quienes recepcionamos neonatos y tenemos una ingerencia directa en la supervivencia y la salud de los recién nacidos.

Resulta fundamental lo que se desprende del análisis de la evidencia presentada, en cuanto a lo que nos compete como profesionales de salud del área: brindar cuidados basados en la mejor evidencia disponible.

COMENTARIOS DE ARTÍCULOS: Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal

Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P, Cores Ponte F. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):17-23.

Comentado por: Lic. Mónica Beatriz Barresi [o]

Resumen

Introducción. La tasa de cesárea aumentó marcadamente en años recientes. Nuestro objetivo fue comparar, en embarazos de bajo riesgo, la prevalencia de morbilidad en recién nacidos de término por vía vaginal y cesárea.

Población y métodos. Estudio de cohorte prospectivo. Fueron elegibles los neonatos de 37 a 41 semanas, nacidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires, desde diciembre 2004 a julio 2006. Criterios de exclusión: enfermedades maternas; compromiso fetal, presentación pelviana en primíparas, gemelares, restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones mayores.

Resultados. Se incluyeron 1120 nacidos por vía vaginal y 901 por cesárea. La morbilidad neonatal total fue 9% en cesáreas y 6,6% en partos vaginales (RR 1,36; IC 95% 1,01-1,8). La morbilidad respiratoria fue 5,3% en cesáreas y 3,1% en vaginal (RR 1,7; IC95% 1,1-2,6), y sólo resultó mayor en los ≤ 38 semanas (7,4% en cesáreas contra 2,1% en vaginal; RR 3,5; IC95% 1,5-8,1). En el análisis de regresión logística, cesárea y sexo masculino se asociaron en forma independiente con mayor morbilidad respiratoria. El ingreso a cuidados intensivos fue mayor en nacidos por cesárea (9,5% contra 6,1%; RR 1,5; IC95% 1,1-2,1). El 68% de las madres con cesárea manifestaron dolor moderado-intenso en el puerperio, contra 36% en parto vaginal (RR 1,9; IC95% 1,7-2,1). La lactancia exclusiva al alta fue menor en madres con cesárea (90% contra 96%; RR 0,94 IC95% 0,92-0,96).

Conclusiones. La cesárea se asoció con mayor morbilidad neonatal, ingreso a cuidados intensivos y dolor materno puerperal, y con disminución de lactancia exclusiva al alta.

Comentario

Actualmente muchas instituciones de salud publican en sus estadísticas una excesiva, abusiva o en algunos casos innecesaria tendencia a realizar la operación de cesárea en embarazos de término y de bajo riesgo.

Desde hace tiempo, hay una gran preocupación por el aumento progresivo del número de partos que se resuelven por vía de una operación cesárea. Esta intervención, reservada en los tiempos del Imperio Romano sólo como un intento heroico de salvar la vida de un feto en los casos de muerte materna, se convirtió posteriormente gracias al avance del conocimiento médico en una herramienta utilísima para asegurar la supervivencia del feto y también de la madre en condiciones potenciales de riesgo materno y neonatal.

No existe ninguna duda que el avance de ese conocimiento permitió disminuir el riesgo materno durante esa operación, y de esta manera disminuir la mortalidad perinatal.

Así la operación cesárea ha contribuido notablemente a mejorar la supervivencia de muchos recién nacidos, como también a que nazcan en mejores condiciones. Sin embargo, en las últimas décadas, el aumento de las cesáreas no ha guardado proporción con la disminución de la morbimortalidad perinatal superando además la recomendación establecida por la Organización Mundial de la Salud (10 al 15%). Actualmente se conocen cifras que van del 30 al 50% de cesáreas en las instituciones privadas.

El presente artículo muestra como "la creencia que el nacimiento por cesárea podría ser beneficioso para la madre y el recién nacido (RN), no tiene ningún fundamento científico sólido". Por el contrario, varios estudios observaron mayor frecuencia de trastornos asociados, tanto maternos como neonatales.

Con la hipótesis que el nacimiento por cesárea al término de la gestación, no motivado por situaciones de urgencia ni por patología materna o fetal, ocasiona mayor morbilidad neonatal, se realizó el estudio con el objetivo principal de comparar la prevalencia de morbilidad temprana en recién nacidos por vía vaginal y por cesárea.

También en el estudio se pudo evaluar la influencia sobre la morbilidad respiratoria del recién nacido y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y los efectos que ambas formas de nacimiento podían tener sobre el dolor materno puerperal y la tasa de alimentación a pecho exclusiva al alta. Estos últimos son condicionantes maternos para poder lograr una internación conjunta total.

El impacto que causa para los padres el ingreso de su hijo a la UCIN hace que haya no solo una interferencia en el vínculo

[o] Docente del área de Enfermería FUNDASAMIN, Correo electrónico: mbarresi@fundasamin.org.ar

y en la dificultad de establecer el apego para lograr una lactancia exclusiva y exitosa, sino en el temor de la pérdida o de un daño irreparable para su hijo. Numerosos estudios avalan el contacto inmediato al nacimiento para favorecer la puesta al pecho en el período sensible durante las primeras horas de vida.

Hablar de dolor materno también implica una gran limitación para la mamá en la movilización y el desarrollo de su recuperación, retrasando de esta manera la posibilidad de realizar una internación conjunta total.

El artículo muestra una población numérica representativa para realizar el estudio y, dentro de una institución de salud donde existe un seguimiento perinatal.

La ausencia del trabajo de parto ocasiona en las primeras horas de vida mayor incidencia de morbilidad respiratoria en los recién nacidos. En esta etapa la valoración respiratoria será de vital importancia para detectar taquipnea transitoria y realizar los cuidados acordes a las necesidades de cada neonato.

Las cesáreas se realizaron en embarazos cuyo rango iba de 37 a 42 semanas de gestación. En los casos de embarazos de 37 semanas la morbilidad pueden ser de mayor riesgo para el recién nacido durante el período de adaptación. Es el caso de los cercanos al término *(near-term)*, donde el cálculo en las semanas de gestación puede tener una variación de 1 a 1,5 semanas.

La presencia o no de trabajo de parto en los nacidos por cesárea así como también las semanas de edad gestacional se presenta en forma distinta en la morbilidad relacionada con la valoración respiratoria incluyendo taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial e hipertensión pulmonar persistente.

El progresivo aumento en la tasa de cesáreas, constituye en la actualidad una situación de alarma en la medicina perinatal y provoca un impacto negativo sobre la salud de las madres y sus RN, como así también en incremento en los costos en la atención.

Lograr que la perinatología sea menos invasiva, centrada en los derechos de la mujer y la familia, así como volver al parto como un hecho fisiológico y no como una etapa de riesgo tanto la madre como para su hijo, tiene que ser una meta a alcanzar en las instituciones de salud.



40 años de experiencia en el mercado argentino.

Incubadora de terapia Intensiva **NatalCare LX**

Tecnología, diseño y excelentes resultados para el cuidado neonatal

Facilita el desarrollo y el crecimiento de los bebés prematuros en situaciones delicadas.



Servocuna® **SM-401 América**

Permite el acceso inmediato al recién nacido

Su uso es ideal en salas de parto, terapias intensivas, neonatales y cirugías.



Incubadora de Transporte **TR-200**

Liviana y de gran autonomía.

Ofrece todos los cuidados esenciales que un bebé necesita durante el traslado.



Medi**LED**

Sistema de fototerapia de LEDs

Solución rápida, simple y eficaz para el tratamiento de la ictericia neonatal.

Información general, Ventas y Soporte Técnico • (+5411) 5354-3700 • ventas@medix.com.ar • www.medix.com.ar

Reglamento de Publicaciones

ª La revista ´Enfermería Neonatalª de la Fundación para la Salud Materno Infantil publicará artículos sobre enfermería neonatal y perinatal considerados de interés por el Comité Editorial.
ª La revista se edita desde febrero de 2007, en papel y en formato electrónico, difundido a través de la página web de FUNDASAMIN y del Ministerio de Salud de la Nación.
ª Todos los artículos enviados para su publicación serán revisados por el Comité Editorial para su evaluación y aprobación.

» Instrucciones

Todos los artículos deben ser inéditos. Podrían publicarse artículos ya publicados en otras revistas - en castellano o traducidos de otros idiomas -, previo consentimiento de autores y editores.

- Se admitirán comentarios de artículos publicados en otras revistas, aunque sólo se podrá citar el resumen del artículo original.
- El artículo remitido deberá ser acompañado por una carta al Comité Editorial, la que debería incluir:
  1. Solicitud de revisión por el Comité Editorial.
  2. Declaración de que el trabajo es inédito.
  3. Declaración de que todos los autores son responsables del contenido del artículo.
  4. La dirección, teléfono y correo electrónico de todos los autores.
  5. De haber existido financiación externa, aclarar cuál fue la fuente. Asimismo, se debe señalar si uno o más de los autores mantiene alguna relación con la compañía comercial cuyo(s) producto(s) fueron empleados o son mencionados en el estudio realizado.

En caso que el artículo sea publicado, todos los autores ceden los derechos de autor a FUNDASAMIN.
Los articulos deben ser enviados preferentemente en archivo electrónico, por E-Mail.
De no ser posible, pueden ser remitidos por correo postal a FUNDASAMIN, adjuntando un disco compacto o disquette con el artículo completo.

» Redacción

Los manuscritos deben redactarse con procesador de texto (Microsoft Word o similar), a **doble espacio** (incluyendo los resúmenes, referencias y tablas). Las páginas deben numerarse en su totalidad.
Debe figurar la dirección, teléfono y correo electrónico de todos los autores.
Respetar las reglas del idioma castellano y emplear un estilo apropiado para la transmisión de información científica. Se recomienda enfáticamente revisar cuidadosamente la redacción y estilo antes de enviar el manuscrito.
Se limitará al mínimo posible el uso de siglas y abreviaturas, aceptándose sólo aquellas utilizadas habitualmente. Las palabras que se abrevian con siglas deben redactarse en forma completa en la primera ocasión que se mencionan en el manuscrito, colocando las siglas entre paréntesis. En menciones únicas no se deben emplear siglas, los resúmenes no deben contener siglas, excepto situaciones realmente justificadas.
Cuando se coloquen siglas en tablas, cuadros o figuras, deben aclararse al pie o en el epígrafe, aún cuando ya se hubieran señalado en el texto.

ª Bibliografía

Las referencias se citarán consecutivamente, en el mismo orden en que aparecen en el texto, siguiendo el estilo propuesto por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas en "Uniform Requeriments for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" Octubre 2001 **(www.icmje.org/)** y Rev Panam Salud Pública 2004; 15(1):41-57 (en castellano).
Las referencias deben respetar las pautas que constan en los siguientes ejemplos; frente a cualquier dificultad podrán contar con la colaboración del editor.

ª **a. Revistas médicas***
Wood NS, Marlow N, Costeloe K, et al. Neurologic and development disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2000; 343:378-384.

ª **b. Libros**
Bradley El. Medical and surgical management. 2nd ed. Philadelphia: W B Saunders, 1982; 72-95.

ª **c. Capítulo de un libro**
Stanley F, Blair E, Alberman E. How common are the cerebral palsies? in Bax MC, Hart HM, eds. *CerebralPalsies: epidemiology and casual pathaways.* London, United.

ª **d. Artículo de revista publicado en Internet**
Moreno-Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? Evid Pediatr. 2006; 2:16. Disponible en:
http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_vol2_numero2.2.htm Consulta: 21 de junio de 2006.

ª **e. Sitios en Internet**
OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2005. Washington DC, 2005. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/ib-folleto-2005.pdf Consulta: 21 de junio de 2006

Tablas, gráfico y figuras: Se ordenarán con números arábigos y llevarán un título en la parte superior, al lado del número y un epígrafe al pie. Deberán presentarse en hojas aparte, una en cada hoja. Las unidades de medida deberán ser referidas en el texto y en las tablas, gráficos y figuras.
Fotografías: En las correspondientes a pacientes, se tomaran las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Se requerirá autorización para ser publicadas. Las de observaciones microscópicas o las de los estudios de imágenes no deberán tener ningun dato que permita identificar al paciente. Si se utilizan ilustraciones de otros autores, publicados o no, deberán adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Las leyendas o texto se escribirán en hoja separada, con la numeración correlativa. En el caso de imágenes digitales, deberán ser legibles e impresas con una resolución no inferior a los 300 dpi, con extensión JPG. De haber dudas, consultar con la oficina editorial.

ª Agradecimiento.

Se pueden incluir aquellas personas o instituciones que colaboraron de alguna forma. Deberá guardar un estilo sobrio y se colocará en hoja aparte, luego del texto del manuscrito.

La dirección de la Revista y el Comité Editorial se reservan el derecho de devolver aquellos trabajos que no se ajusten estrictamente a las instrucciones señaladas o que por su temática no se correspondan con el perfil de la revista. Asimismo, en el caso de trabajos aceptados, los editores se reservan el derecho de publicarlos en la versión de papel o sólo en sus páginas electrónicas.
La responsabilidad por el contenido de los trabajos y de los comentarios corresponde exclusivamente a los autores.
FUNDASAMIN es la propietaria de todos los derechos de los artículos publicados, que no podrán ser reproducidos en ningún medio, en forma completa o parcial, sin la correspondiente autorización.
Cualquier duda o dificultad en cuanto a cualquiera de estas indicaciones para remitir artículos para publicar puede ser consultada contactándonos.

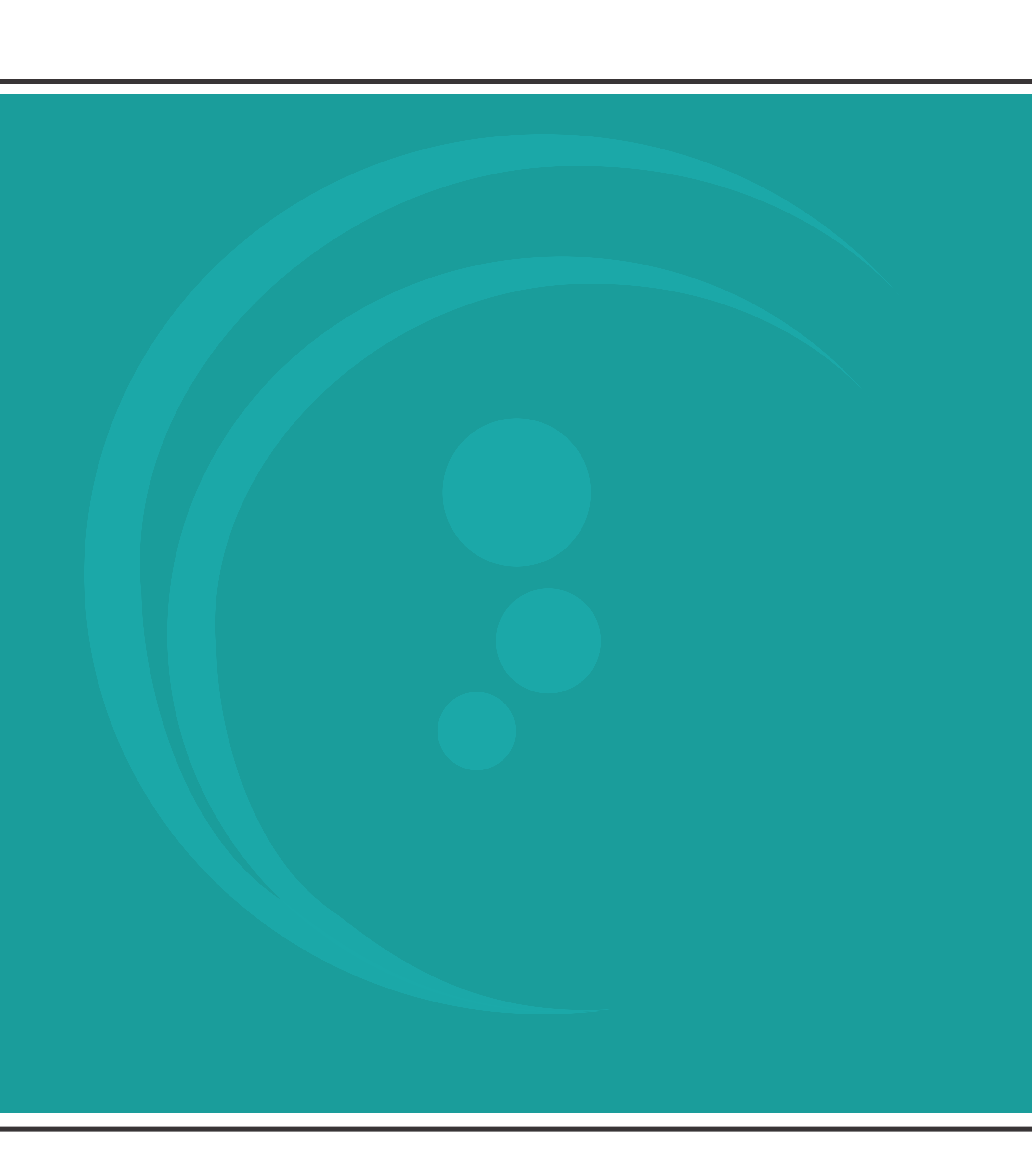


La Revista de Enfermería Neonatal es propiedad de FUNDASAMIN - Fundación para la Salud Materno Infantil.
Honduras 4160 (C.P. 1180) / C.A.B.A.
Tel.: 4863-4102

Argentina

Dirección electrónica de la revista:
revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar

Publicación sin valor comercial.
Registro de la Propiedad Intelectual Nº 5050071



www.fundasamin.org.ar